

**Wniosek indywidualnej praktyki o  wpis / zmianę   
do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą**

Data wpłynięcia wniosku

1. numer księgi rejestrowej (w przypadku zmiany) .....	
2. organ Prowadzący rejestr	P- <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> .....
	kod izby nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych
3. Imiona i nazwisko .....	
4. Numer prawa wykonywania zawodu	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P Pielęgniarka / Pielęgniarz <input type="text"/> A Położna / Położny
5. Aktualnie wpisana w .....	
	nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych
6. Pod numerem rejestru pielęgniarek lub rejestru położnych	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> P Pielęgniarka / Pielęgniarz <input type="text"/> A Położna / Położny
7. Numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej .....	
8. Numer NIP <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
9. Adres do korespondencji:	
województwo: _____ powiat: _____	
ulica: _____ Nr domu: _____ Nr lokalu: _____	
<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	..... miejsowość:
..... Telefon	..... Telefon 2/ Faks
..... Telefon komórkowy	
..... adres poczty elektronicznej	
..... adres strony internetowej	
10. Posiadane specjalizacje (w przypadku specjalistycznej praktyki pielęgniarek)	
11. Data rozpoczęcia działalności leczniczej <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

<b>12. Informacja o podjęciu działalności leczniczej po okresie zawieszenia</b>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
<b>13. Informacje o czasowym zawieszeniu działalności leczniczej</b>		od		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
		do		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
<b>14. Rodzaj działalności leczniczej</b>		Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne		<input type="checkbox"/>		Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne		<input type="checkbox"/>			
		Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne		<input type="checkbox"/>							
<b>15. Rodzaj praktyki</b>											
<input type="checkbox"/> 93 - indywidualna praktyka pielęgniarstwa wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego <input type="checkbox"/> 94 - indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarstwa wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego <input type="checkbox"/> 95 - indywidualna praktyka pielęgniarstwa wyłącznie w miejscu wezwania <input type="checkbox"/> 96 - indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarstwa wyłącznie w miejscu wezwania <input type="checkbox"/> 98 - indywidualna praktyka pielęgniarstwa <input type="checkbox"/> 99 - indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarstwa											
<b>16. Dziedzina/y medycyny wykonywana w specjalistycznej praktyce:</b>											
<b>17. Adres miejsca przyjmowania wezwań</b>											
województwo:				powiat:							
ulica:				Nr domu:			Nr lokalu:				
<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		.....									
kod pocztowy		miejsowość:									
..... Telefon			..... Telefon 2/ Faks			..... Telefon komórkowy					
..... adres poczty elektronicznej				..... adres strony internetowej							
<b>18. Adres miejsca przechowywania:</b>											
<input type="checkbox"/> dokumentacji		<input type="checkbox"/> produktów leczniczych,									
<input type="checkbox"/> narzędzi		<input type="checkbox"/> sprzętu medycznego wymagającego sterylizacji									
województwo:				powiat:							
ulica:				Nr domu:			Nr lokalu:				
<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		.....									
kod pocztowy		miejsowość:									
..... Telefon			..... Telefon 2/ Faks			..... Telefon komórkowy					
..... adres poczty elektronicznej				..... adres strony internetowej							

**19. Adres miejsca udzielanych świadczeń:**

Adres nr 1 (kolejne adresy w załączniku C)

Rodzaj działalności leczniczej:

Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne 

<b>Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w pomieszczeniu</b>	<b>Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego</b>
	Numer REGON podmiotu (14-znakowy): .....
	Nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego: .....
	.....
	.....
	(w przypadku podanie powyższych danych proszę nie wypełniać pola adresu)

województwo:

powiat:

ulica:

Nr domu:

Nr lokalu:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

kod pocztowy

miejscowość:

.....  
Telefon.....  
Telefon 2/ Faks.....  
Telefon komórkowy.....  
adres poczty elektronicznej.....  
adres strony internetowejOpinia  
sanitarna:Brak opinii sanitarnej  
Pozytywna opinia sanitarna  
Negatywna opinia sanitarna

Opis opinii (data wydania, nazwa organu wydającego):

.....  
.....**20. Rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych**

(oddzielnie dla każdego rodzaju i miejsca praktyki)

Pielęgniacyjnych:

Leczniczych:

Rehabilitacyjnych:

Edukacji Zdrowotnej i promocji zdrowia:

Diagnostycznych:

Medycznych czynności ratunkowych:

Inne:

**21. Informacja o ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej**

Zakres ubezpieczenia:

Suma  
gwarancyjna:Suma  
ubezpieczenia:

Okres ubezpieczenia od dnia:

do dnia:

## 22. Dane do akredytacji w zakresie spełniania standardów udzielania świadczeń

..... <b>Data wydania certyfikacji:</b>	<b>Zakres akredytacji</b> .....
--	---------------------------------

## 23. Dane do akredytacji do prowadzenia kształcenia podyplomowego

..... <b>Data wydania certyfikacji:</b>	<b>Zakres akredytacji</b> .....
--	---------------------------------

### Załączniki:

1. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej.
2. Kserokopia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.
3. Kserokopia zaświadczenia o posiadanej specjalizacji.
4. Potwierdzenie dokonania opłaty za wpis/wpis zmian/wykreślenie z rejestru.
5. Kserokopia umowy z podmiotem prowadzącym działalność leczniczą w którym wykonywana będzie praktyka.
6. Kopia opinii sanitarnej.
7. Załącznik III – Kolejne adresy miejsc udzielania świadczeń ..... szt.

## INFORMACJE DLA WNIOSKODAWCY

W przypadku składania wniosku o wpis zmian w rejestrze należy wypełnić pozycje od 1 do 4 oraz te pozycje, które uległy zmianie.

## OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że:

- Oświadczam, iż zapoznałem/am się z treścią przepisu art. 107 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 ze zm.), i zobowiązuję się do zgłaszania właściwej Izbie Pielęgniarek i Położnych wszelkich zmian danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od ich powstania pod rygorem możliwości nałożenia przez podmiot prowadzący rejestr kary pieniężnej w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę.
- dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą,
- znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. nr 112 poz. 654).

<b>Data:</b>		<b>Imię i Nazwisko osoby składającej wniosek i oświadczenie:</b> .....
<b>Podpis:</b>		

## KODY OKRĘGOWYCH IZB PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

01	OIPiP w Białej Podlaskiej	24	OIPiP w Opolu
02	OIPiP w Białymstoku	25	OIPiP w Ostrołęce
03	OIPiP w Bielsku-Białej	26	OIPiP w Pile
04	OIPiP w Bydgoszczy	27	OIPiP w Płocku
05	OIPiP w Chełmie	28	OIPiP w Poznaniu
06	OIPiP w Ciechanowie	29	OIPiP w Przeworsku
07	OIPiP w Częstochowie	30	OIPiP w Radomiu
08	OIPiP w Elblągu	31	OIPiP w Rzeszowie
09	OIPiP w Gdańsku	32	OIPiP w Siedlcach
10	OIPiP w Gorzowie Wielkopolskim	33	OIPiP w Sieradzu
11	OIPiP w Jeleniej Górze	34	OIPiP w Słupsku
12	OIPiP w Kaliszu	35	OIPiP w Suwałkach
13	OIPiP w Katowicach	36	OIPiP w Szczecinie
14	OIPiP w Kielcach	37	OIPiP w Nowym Sączu
15	OIPiP w Koninie	38	OIPiP w Tarnowie
16	OIPiP w Koszalinie	39	OIPiP w Toruniu
17	OIPiP w Krakowie	40	OIPiP w Wałbrzychu
18	OIPiP w Krośnie	41	OIPiP w Warszawie
19	OIPiP w Lesznie	42	OIPiP we Włocławku
20	OIPiP w Lublinie	43	OIPiP we Wrocławiu
21	OIPiP w Łomży	44	OIPiP w Zamościu
22	OIPiP w Łodzi	45	OIPiP w Zielonej Górze
23	OIPiP w Olsztynie		